

KAJIAN PROGRAM POS OBAT DESA DI KABUPATEN KARANGANYAR DAN SUBANG

Yuyun Yuniar, Ida Diana Sari, Muhamad Syaripuddin, Sudibyo Supardi¹

ABSTRACT

Background: The village medicine post (POD) program had been introduced in 1991, and legalized in 2004 by KepMenKes No. 983/2004, known as Village Medicine Shop (WOD). This program should be evaluated in order to know its implementation. **Methods:** The research was carried out in 2006, in Karanganyar District and Subang District. This research aimed to elaborate the condition of WOD, and their supporting, as well as inhibiting factors. The data were collected by round table discussion to the communities, in depth interviewed to the Primary Health Care officers, village midwives, WOD cadres. Besides, WOD observation and secondary data collection also have been done. **Results:** Result showed that there was not any implemented WOD followed to the KepMenKes No. 983/2004. They were still POD types as former concept. In Karanganyar District, some of PODs were still active, they were located in the cadre's house, and only managed limited number of medicines. In Subang District there were many inactive POD, some of them developed their business through a common shop, change into medical centre, drug store or dispensary. The supporting factors were detected, such as remote villages, the distance of health facilities, as well as the community's trust to the cadres. While the inhibiting factors detected were the availability of developing shop which also sell medicines surrounding the POD location. In Karanganyar District, the supporting factors detected were the availability of financing group, called "dana sehat", active cadres, village midwives, Primary Health Care, and communities. Meanwhile in Subang District, the important supporting factors were the availability of cheap price of medicines, besides active and trained cadres. The inhibiting factor in Karanganyar District was limited number of the available medicines types. The inhibiting factors in Subang District were mismanagement of POD, limited budget, medical practice regulation, uncertain legality of POD, and attitude of the cadres.

Key words: Village Medicine Shop, Village Medicine Post

ABSTRAK

Program Pos Obat Desa (POD) yang telah dicanangkan pada tahun 1991 kemudian dilegalkan melalui Kepmenkes No. 983/2004 menjadi program baru yang lebih dikenal sebagai Warung Obat Desa (WOD) pada tahun 2004 perlu dievaluasi untuk mengetahui implementasinya. Penelitian dilakukan pada tahun 2006 di Kabupaten Karanganyar dan Subang. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui kondisi WOD beserta faktor-faktor pendukung dan penghambatnya. Data dikumpulkan melalui RTD dengan tokoh-tokoh masyarakat, wawancara mendalam dengan pihak puskesmas, bidan desa dan kader WOD. Selain itu dilakukan pula observasi di WOD dan pengumpulan data sekunder. Hasil penelitian menunjukkan bahwa belum ada pelaksanaan menyeluruh yang mengikuti Kepmenkes 983/2004 mengenai WOD. WOD yang masih ada di kedua kabupaten adalah WOD yang mengikuti konsep sebelumnya. Di kabupaten Karanganyar masih ada beberapa POD yang masih aktif, bertempat di rumah kader serta hanya menyediakan obat dalam jenis dan jumlah yang terbatas sedangkan. Di Kabupaten Subang telah banyak POD yang mati, sebagian berkembang menjadi warung, berubah menjadi balai pengobatan, toko obat dan apotek. Faktor pendukung yang ditemukan adalah lokasi desa yang terpencil, jauh dari fasilitas kesehatan lainnya serta adanya kepercayaan masyarakat kepada kader. Sedangkan faktor penghambat adalah berkembangnya warung-warung yang menjual obat di lokasi sekitar POD. Faktor pendukung di Karanganyar adalah keberadaan dana sehat, kader yang aktif serta dukungan dari bidan desa, Puskesmas dan masyarakat sedangkan faktor pendukung di Subang adalah ketersediaan obat dengan harga yang lebih murah selain kader yang aktif dan terlatih. Faktor Penghambat POD di Kabupaten Karanganyar terutama yaitu keterbatasan jumlah dan jenis obat, sedangkan faktor penghambat di Subang adalah kesalahan pengelolaan POD, keterbatasan dana, UU Praktek Kedokteran, ketidakjelasan legalitas POD dan adanya kader yang melanggar ketentuan.

Kata kunci: Pos Obat Desa, Warung Obat Desa

Naskah masuk: 8 Januari 2009, Review 1: 11 Januari 2009, Review 2: 11 Januari 2009, Naskah layak terbit: 19 Januari 2009

¹ Peneliti Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan, Jl. Percetakan Negara 23 Jakarta.

Korespondensi: Yuyun Yuniar

E-mail: yuyunyuniar09@gmail.com

PENDAHULUAN

Kemandirian merupakan salah satu isu pokok yang dipelopori melalui pembangunan kesehatan yang bersumber daya masyarakat. Berdasarkan latar belakang pemikiran tersebut, maka dikembangkan dan diperluas upaya pembangunan kesehatan bersumber daya masyarakat yang dikenal sebagai Posyandu (1986).¹ Definisi Posyandu adalah kegiatan kesehatan dasar yang diselenggarakan dari, oleh dan untuk masyarakat yang dibantu oleh petugas kesehatan. Jadi Posyandu merupakan kegiatan swadaya dari masyarakat di bidang kesehatan dengan penanggung jawab kepala desa. Ada lima kegiatan pokok di Posyandu, yaitu keluarga berencana, kesehatan ibu dan anak, pemantauan gizi anak, imunisasi (suntikan pencegahan) dan penanggulangan diare. Setelah Posyandu yang bersifat promotif dan preventif, pemerintah membuat program Pos Obat Desa (POD) dengan tujuan agar masyarakat dapat mengenal dan menanggulangi penyakit sederhana dan pengobatan dini. Posyandu memberi kesempatan untuk meningkatkan kesehatan dan pencegahan khusus sedangkan POD membuka kesempatan untuk pengobatan dini.¹

Pengembangan POD diawali dengan penelitian operasional yang dilakukan oleh Puslitbang Farmasi, Badan Litbang Kesehatan pada tahun 1989 di dua provinsi, yaitu provinsi Jawa Timur di Kabupaten Lamongan dan provinsi Nusa Tenggara Barat di Kabupaten Lombok Tengah. Pada tahun 1991 bertepatan dengan Hari Kesehatan Nasional, pelaksanaan program POD dicanangkan oleh Menteri Kesehatan di Mataram. Pendirian POD di beberapa daerah dibantu oleh perusahaan farmasi BUMN dengan sumbangan berupa obat dan kotak obat. Pada tahun 1993 diselenggarakan Temu Evaluasi POD oleh Direktorat Bina Peran Serta Masyarakat yang bertujuan untuk mengevaluasi pelaksanaan program POD.³

Pada Profil Kesehatan Indonesia dapat diperoleh data mengenai perkembangan jumlah POD di setiap

provinsi sejak digulirkannya program tersebut. Secara umum jumlah POD masih meningkat antara tahun 1994–1998, tetapi setelah itu terjadi penurunan. Di Jawa Barat POD mulai dikembangkan di kabupaten Subang, sedangkan di Jawa Tengah terdapat beberapa POD yang masih aktif, antara lain di Kabupaten Karanganyar. Perkembangan jumlah POD di Jawa Tengah, Jawa Barat dan di Indonesia dapat dilihat dalam tabel berikut.^{4–6}

Adanya tantangan strategis berupa krisis moneter pada tahun 1997 menyebabkan pemerintah mencanangkan upaya pengembangan POD menjadi Warung Obat Desa (WOD) di mana peran serta masyarakat dan kerja sama lintas sektor lebih ditingkatkan. WOD diharapkan melengkapi kegiatan Posyandu dan merupakan jawaban terhadap pertolongan pertama pada penyakit. WOD adalah tempat di mana masyarakat pedesaan dapat dengan mudah memperoleh obat bermutu dan terjangkau untuk pengobatan sendiri. Pedoman penyelenggaraannya diatur dalam Kepmenkes RI Nomor 983/SK/Menkes/VIII/2004.¹ Program WOD bertujuan untuk meningkatkan peran serta masyarakat dalam memperluas akses pelayanan kesehatan serta memajukan ekonomi rakyat pedesaan.

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengidentifikasi pemberdayaan masyarakat melalui WOD sementara tujuan khususnya adalah untuk mengevaluasi pelaksanaan komponen-komponen WOD sebagai hasil pencanangan program POD tahun 1991 dan mengevaluasi Kepmenkes RI Nomor 983/SK/Menkes/VIII/2004 mengenai Pedoman Penyelenggaraan Warung Obat Desa melalui analisis faktor-faktor pendukung dan penghambatnya.

METODE

Kerangka Konsep

Dalam kerangka konsep penelitian dapat dijelaskan bahwa WOD sebagai salah satu sarana pelayanan kesehatan bagi masyarakat

Tabel 1. Perkembangan Jumlah POD di Jawa Barat, Jawa Tengah dan Indonesia

Provinsi	Jumlah POD pada tahun						
	1994	1995	1996	1997	1998	2002	2003
Jawa Tengah	2396	3925	5213	4500	5213	3875	3431
Jawa Barat	447	812	524	831	872	229	235
Indonesia	6999	11628	11474	12633	14376	11486	11032

yang berupa UKBM berada di bawah koordinasi Poskesdes, sementara Poskesdes dibina langsung oleh puskesmas. Di daerah yang belum memiliki Poskesdes, pembinaan dilakukan langsung oleh Puskesmas. Kondisi, profil dan lokasi WOD diteliti. Faktor-faktor yang memengaruhi kegiatan WOD yaitu profil kader, penyelenggaraan WOD, pengelolaan dan penggunaan obat, pembiayaan dan omset, pembinaan dan pengawasan WOD oleh bidan, puskesmas atau aparat desa, serta pelatihan dan penyuluhan tentang WOD dikumpulkan dan dianalisis sehingga dapat diketahui faktor-faktor pendukung dan penghambat berjalannya WOD.

Lokasi penelitian dipilih secara purposif yaitu di provinsi Jawa Tengah yaitu di Kabupaten Karanganyar meliputi kecamatan Matesih (desa Matesih dan desa Dawung) serta di provinsi Jawa Barat di Kabupaten Subang yang meliputi kecamatan Pagaden (desa Gembor dan desa Gunungsari) dan kecamatan Kalijati (desa Batusari dan desa Situsari).

Waktu penelitian 8 bulan. Jenis penelitian deskriptif dengan desain kualitatif. Pengambilan data dilakukan melalui *Round Table Discussion (RTD)* dengan tokoh masyarakat di masing-masing kecamatan (2 desa) terdiri dari perangkat desa terkait dengan WOD, kader kesehatan (posyandu), pengobat tradisional, penjual obat (pemilik warung obat) dan tokoh agama. Kecuali itu dilakukan wawancara dengan kader atau penyelenggara WOD, Puskesmas dan Kepala Desa serta Bidan desa sebagai pembina WOD. Pengumpulan data sekunder dan hasil observasi ditulis secara manual sementara wawancara dan RTD direkam kemudian dilakukan analisis triangulasi.

Melalui RTD dan wawancara dengan petugas puskesmas, Kepala Desa dan Bidan Desa menghimpun data mengenai penjual obat di desa, program WOD, faktor pendukung dan penghambat kegiatan WOD serta sosialisasi atau penyuluhan. Sedangkan

wawancara dengan kader WOD menghimpun data tentang karakteristik kader, kriteria penyelenggara, penyelenggaraan WOD, hubungan WOD dengan Posyandu/Puskesmas dan sarana kesehatan lain. Selain itu juga dihimpun data tentang pengelolaan obat (pengadaan, penyimpanan dan penyerahan), pembinaan dan pengawasan, sumber pembiayaan, pelatihan, penyuluhan serta faktor pendukung dan penghambat kegiatan.

Melalui observasi dapat diketahui keadaan WOD, pengelolaan obat, dokumentasi serta data lain yang tersedia.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian di kecamatan Matesih, Kalijati dan Pagaden menyatakan bahwa terdapat 4 POD yang masih aktif dan 2 POD pasif. POD yang aktif terdapat di desa Matesih, Dawung, Batusari dan Situsari. Di desa Batusari POD berjalan tetapi berkembang menjadi BP sedangkan di Situsari bersatu dengan warung. POD yang pasif terdapat di desa Gembor dan Gunungsari. Paparan ini terdapat dalam tabel 3.

Kondisi POD di Kabupaten Karanganyar dan Subang

Di Karanganyar ada 2 konsep WOD yaitu WOD yang melekat pada Poskesdes dan WOD murni. Berdasarkan hasil observasi dapat dilihat bahwa yang dimaksud dengan WOD yang melekat pada Poskesdes adalah Poskesdes yang berfungsi seperti klinik, semua proses pelayanan mulai dari pemeriksaan hingga pemberian obat dilakukan oleh bidan pengelola Poskesdes. Poskesdes merupakan pengembangan dari Polindes dengan pelaksana/pengelolanya adalah bidan desa. Hal ini mendekati konsep *one stop service*. Tidak ditemukan keterkaitan dengan WOD atau POD. Sedangkan yang dimaksud dengan WOD murni adalah POD yang masih mengikuti

Tabel 3. Keberadaan dan Kondisi POD di Lokasi Penelitian

Kabupaten Kecamatan	Desa	Keberadaan POD	Kondisi
Karanganyar Matesih Subang Pagaden Kalijati	Matesih	Ada	POD aktif
	Dawung	Ada	
	Gembor	Ada	POD mati (pasif)
	Gunungsari	Ada	
	Batusari	Ada	POD berkembang menjadi BP
	Situsari	Ada	POD bersatu dengan warung

konsep POD yang lama, bukan konsep WOD yang sesuai dengan Kepmenkes 983/2004.

POD di Karanganyar sangat sederhana, umumnya tidak mempunyai tempat atau ruangan khusus tetapi menyatu dengan posyandu atau berada di rumah kader dan tidak memiliki rak/lemari penyimpanan khusus karena hanya menyediakan kurang dari 10 jenis obat dalam jumlah terbatas. Sebagian besar konsumen berasal dari kalangan ekonomi rendah sehingga obat yang diberikan hanya dalam jumlah terbatas yaitu rata-rata maksimal hanya diberi 3 tablet untuk setiap kali datang ke POD.

Program POD di Kabupaten Subang berjalan sejak tahun 1995 dengan jumlah kader 32 orang. Pada tahun 1997 kader POD meningkat menjadi 125 orang, tetapi tahun 1998 POD yang aktif hanya 55 buah dan pada akhir tahun 2001 hanya tinggal 10 POD. Pada saat ini telah banyak POD yang tidak berjalan (mati) dan sebagian yang lain sudah bukan merupakan bentuk POD murni melainkan mengalami perkembangan, berupa kombinasi warung atau sebagian lain menjadi apotek, toko obat dan balai pengobatan. Pada masa awal perkembangan POD banyak mantri kesehatan atau perawat sebagai kader POD sehingga saat POD sudah tidak berjalan dengan baik dapat dialihkan secara mudah menjadi Balai Pengobatan (BP). Banyaknya POD yang mati terutama disebabkan oleh kesalahan dalam pengelolaan POD sehingga POD tidak lagi menguntungkan. Selain itu disebabkan pula oleh krisis moneter tahun 1998, apotek rujukan tidak berfungsi lagi untuk mengirim obat ke POD, sebagian POD berkembang menjadi apotek atau toko obat; demikian juga adanya perpindahan kader, atau kader beralih profesi, ataupun legalitas POD tidak jelas sehingga banyak pengelola POD yang merasa khawatir dengan tidak adanya peraturan yang mendukung POD.

Dari hasil evaluasi Dinas Kesehatan setempat terdapat berbagai permasalahan antara lain terjadinya penjualan obat keras di POD, adanya kader yang memberikan tindakan medis seperti menyuntik, perpindahan lokasi POD dari desa ke kota, POD bukan merupakan UKBM karena sumber dana bukan berasal dari masyarakat, pengelolaan POD bukan oleh kader yang memiliki sertifikat, tidak adanya laporan pemakaian obat ke apotek rujukan sehingga apotek rujukan tidak dapat mengawasi dan pengadaan obat bukan dari apotek rujukan. Selain itu Dinas Kesehatan

melihat bahwa POD kurang berkoordinasi dengan Puskesmas, bersifat *profit oriented* dan hanya melihat sisi kuratif sehingga mengurangi langkah preventif dan promotif.

Berkaitan dengan hal-hal tersebut di atas maka Dinas Kesehatan Kabupaten Subang menyusun kebijakan yang memacu masyarakat untuk meningkatkan tindakan promotif dan preventif. POD yang ada di kota akan diarahkan menjadi apotek atau toko obat, sedangkan untuk POD yang dekat pondok pesantren diarahkan menjadi Poskestren agar dinas atau Puskesmas dapat membantu dalam pembinaan dan pengawasannya. Jika ada obat di luar program POD maka obat-obat tersebut akan dilimpahkan ke Puskesmas dan mengarahkan warung obat untuk mengelola obat-obat tradisional yang akan mendukung program pemanfaatan TOGA.

Profil dan lokasi POD

POD di desa Matesih berdiri sejak tahun 1986 sedangkan di desa Dawung berdiri sejak tahun 1990. POD Matesih berlokasi di rumah kader yang berjarak sekitar 3 km dari puskesmas dan berfungsi untuk melayani 1 RW (3 RT) sedangkan POD Dawung memiliki lokasi tersendiri di rumah kepala dusun yang istrinya adalah kader. Jarak ke puskesmas 3 km dapat ditempuh dengan angkutan umum dan berfungsi sebagai POD pusat bagi 3 RT. Lokasi POD di rumah Kepala Dusun menurut mereka sudah tepat.

POD di kecamatan Kalijati berdiri antara tahun 1995–1996, di desa Batusari POD berkembang menjadi BP yang berlokasi di rumah kader dan memiliki tempat tersendiri dengan jarak ke Puskesmas 3 km sedangkan POD Situsari berlokasi di rumah kader dan menyatu dengan warung dengan jarak ke puskesmas sekitar 5 km. Kedua POD berfungsi untuk melayani 10 RT. Menurut responden (bidan desa dan perangkat desa) di Batusari lokasi POD sebaiknya di tempat yang mudah terjangkau seperti Polindes/Pustu. Dikemukakan bahwa lokasi POD saat ini kurang strategis.

POD di kecamatan Pagaden yaitu di desa Gunungsari berdiri tahun 1992 dan sudah mati tahun 2001. Jarak dari Puskesmas 1 km, sedangkan POD di desa Gembor yang kondisinya antara hidup dan mati telah didirikan sejak tahun 1995, berjarak hanya 0,5 km dari Puskesmas. Kedua POD berada di rumah kader. Menurut responden (bidan desa dan perangkat

desa) lokasi POD sebaiknya di tempatkan di Polindes/ Pustu atau rumah bidan, dekat dengan desa dan balai musyawarah serta jauh dari apotek dan toko obat.

Lokasi POD yang tepat sangat tergantung pada kondisi daerah tetapi secara umum masyarakat menginginkan lokasi POD dekat dan mudah dijangkau oleh semua sasaran. Di antara lokasi yang dianggap paling tepat adalah di desa/kelurahan, dekat polindes atau di rumah tokoh masyarakat/kader kesehatan.

Profil Kader POD

Kedua POD di Kecamatan Matesih dikelola oleh kader kesehatan terlatih, sumber berasal dari dana sehat. Kriteria pemilihan kader berdasarkan kemauan dan kemampuan, mempunyai peluang waktu yang cukup dan berprestasi di masyarakat. Mencari kader baru agak sulit sehingga kader yang sudah tua tetap dipertahankan. Biasanya kader dikumpulkan dalam acara rapat bulanan di kantor desa. Selama ini kader sudah menjalankan perannya dengan baik. Apabila keuangan memungkinkan kader akan diberi insentif berupa seragam setiap dua tahun sekali di tingkat kecamatan dan desa.

POD di Kecamatan Kalijati dikelola oleh kader terlatih sementara di desa Batusari dikelola oleh pasangan suami istri sebagai kader dan mantri Puskesmas. Menurut responden para kader sebaiknya mempunyai pendidikan minimal SMP dan mengetahui jenis-jenis obat, pendidikan SD diperbolehkan jika dapat membaca dan menulis serta mengetahui tentang golongan obat, kreatif, ramah, sopan dan mengerti kebutuhan masyarakat.

POD di Kecamatan Pagaden dikelola oleh kader terlatih. Senada dengan responden di Kecamatan Kalijati, mereka berpendapat bahwa kader sebaiknya berpendidikan minimal SMP dan mendapatkan pelatihan tentang obat terutama tentang kegunaan obat.

Penyelenggaraan POD

Semua POD yang dikunjungi mengaku memiliki jam buka tidak terbatas, walaupun tutup, karena sebenarnya hanya buka selama 12 jam, tetapi setiap saat siap melayani.

Di desa Dawung lokasi POD bersama UKBM lain yaitu BLK (Bina Lingkungan Keluarga), DS3 (Desa Siaga Sehat Sejahtera), GSI (Gerakan Sayang Ibu), koperasi garam beryodium, PKB (Pos Keluarga Berencana), BKR (Bina Keluarga Remaja), BKL (Bina

Keluarga Lansia), BKB (Bina Keluarga Balita) dan Posyandu lansia.

Dalam hal hubungan dengan unit lain POD di Situsari berfungsi menjadi penyedia obat tambahan bagi bidan.

Sementara POD di kecamatan Pagaden dalam sebulan terakhir saat pengumpulan data, sudah tidak melakukan kegiatan. Sedangkan POD Gunungsari bekerja sama dengan posyandu karena lokasi dan kadernya sama, demikian pula di desa Gembor, POD dapat membantu ketersediaan obat di posyandu.

Menurut Kader POD baik di desa Dawung, Situsari maupun desa Gembor berpendapat bahwa masyarakat sangat membutuhkan POD, karena belum ada apotek atau toko obat yang dekat, sehingga biaya ke apotek mahal. Apabila mungkin dapat dikembangkan menjadi WOD.

Pengelolaan dan Penggunaan Obat

Pengadaan obat di apotek oleh POD di kecamatan Matesih dikoordinasi oleh desa melalui Puskesmas. Obat yang tersedia terbatas jenisnya yaitu di desa Matesih hanya 7 macam dan di desa Dawung ada 11 macam yang semuanya disimpan dalam botol-botol bekas obat. Jumlah kunjungan ke POD Matesih paling banyak 10 orang perhari sedangkan di Dawung antara 2–5 orang. Penyerahan obat di kedua POD dilakukan dengan menggunakan plastik disertai informasi aturan pakai secara lisan maupun tulisan. Dokumen pembantu yang terdapat di POD Matesih berupa buku keluar masuk obat, buku catatan penderita dan buku rujukan sedangkan di POD Dawung terdapat buku pengobatan, buku obat (stok), buku pembelian obat, buku keuangan, buku kas dana sehat dan kartu rujukan. POD di Kecamatan Matesih mempunyai formulir khusus untuk rujukan ke puskesmas. Dalam pelayanannya kepada masyarakat sudah sesuai dengan standar/pedoman puskesmas dengan harga yang lebih murah bahkan masyarakat tidak perlu membayar. Pelayanan yang diberikan berupa pelayanan sederhana untuk keluhan penyakit sederhana yang sifatnya hanya sementara.

Pengadaan obat di apotek oleh POD di Kecamatan Kalijati dilakukan secara langsung. Jenis obat yang tersedia sekitar 35 item yang disimpan pada rak-rak kaca seperti di apotek. Jumlah kunjungan ke POD Batusari sekitar 5 orang perhari sedangkan ke POD Situsari mencapai 20 orang per hari, kemungkinan karena lokasi POD menjadi satu dengan warung,

sehingga lebih banyak konsumen yang datang, tidak hanya untuk membeli obat tetapi kebutuhan lainnya. Penyerahan obat dilakukan dalam plastik, diberi informasi aturan pakai secara lisan dan tulisan. Dokumen pembantu yang terdapat di POD Batusari berupa catatan penerimaan uang dan kuitansi pembelian obat, sedangkan di POD Situsari sudah tidak tersedia lagi catatan khusus meskipun dulu sempat ada. Sekarang hanya ada nota pembelian obat saja. Di kecamatan Kalijati apabila ada penduduk yang sakit ringan, dapat ditangani oleh POD karena untuk daerah yang jauh dari kota dibutuhkan transport yang mahal dapat mencapai 10–12 ribu. Apabila tidak sembuh maka dirujuk ke puskesmas dan apabila tidak sembuh juga maka dirujuk ke rumah sakit. Obat yang tersedia adalah obat penurun panas, obat batuk, obat flu dan obat pegal linu umumnya obat generik yang harganya relatif lebih murah daripada di apotek atau di toko obat.

Saat masih aktif, POD di kecamatan Pagaden mendapat obat yang diberikan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten setempat atau membeli tunai dari PBF setempat sebanyak 20–25 item obat. Menurut pengakuan kader POD di desa Gunungsari, saat masih berdiri POD tersebut mendapat kunjungan sekitar 7 orang/hari sedangkan di POD Gembor mencapai 15 orang/hari. Pada saat penelitian dilakukan di kedua POD tersebut hanya tersisa rak-rak obat yang kosong. Obat yang tersedia umumnya obat penurun panas (parasetamol), obat batuk, obat flu dan obat diare dengan harga relatif lebih murah daripada di apotek atau di toko obat.

Pembiayaan dan Omset

Di kecamatan Matesih pembiayaan POD berasal dari dana sehat dan masyarakat mendapat obat gratis, sehingga tidak ada omset.

Sumber dana POD di kecamatan Kalijati berasal dari pribadi kader. POD di desa Batusari mendapat omset rata-rata 1,5/bulan juta sedangkan POD Situsari beromset 1–2 juta/bulan.

Di kecamatan Pagaden saat mulai didirikan sumber dana POD Gunungsari berasal dari dana pribadi dan koperasi masyarakat desa sedangkan dana POD Gembor berasal dari pribadi, kades dan Puskesmas. Menurut pengakuan kader, saat itu POD Gunungsari mendapat omset hingga 3 juta/bulan bahkan POD Gembor bisa mencapai 5 juta/bulan.

Pembinaan dan Pengawasan serta Pelatihan dan Penyuluhan kepada Masyarakat

Sampai saat ini pembinaan POD di kecamatan Matesih masih dilakukan oleh bidan desa dan Puskesmas, di desa Dawung pembinaan juga diberikan oleh Pokja PKK dan PLKB. Pelaporan kegiatan juga masih dilakukan kepada bidan desa dan puskesmas. Kader POD di kecamatan Matesih pernah mendapat pelatihan oleh bidan desa sekitar tahun 1990, kader POD Dawung mendapat pelatihan oleh Puskesmas, bidan desa dan Dinas Kesehatan setahun sekali. Kader POD Matesih tidak memiliki sertifikat pelatihan sedangkan kader POD Dawung mendapatkan sertifikat pelatihan.

Pembinaan di POD Batusari sudah tidak ada lagi sedangkan di Situsari masih ada pembinaan dari ISFI. Pelaporan kegiatan di kedua POD tersebut sudah tidak dilakukan lagi. Kader POD di kecamatan Kalijati telah mendapat pelatihan antara tahun 1995–1996 dan mendapatkan sertifikat dari pelatihan tersebut. Berdasarkan pernyataan kader POD di Pagaden sebenarnya mereka pernah mendapat pelatihan lebih dari sekali meskipun tidak ada sertifikatnya.

Saat masih aktif, POD di Kecamatan Pagaden mendapat pembinaan yang dilakukan oleh tim kesehatan gabungan antara bidan, Puskesmas dan Dinas Kesehatan. Dulu pelaporan dilakukan kepada Puskesmas. Kepala desa sebenarnya bisa berperan dalam melakukan pembinaan dan pengawasan serta memberikan fasilitas, dukungan moril dan materil kepada para kader tetapi saat ini kepala desa/dusun jarang terlihat memantau POD atau menanyakan keadaan POD. Pembinaan terhadap kader sebaiknya minimal dilakukan sebulan sekali, dua bulan sekali atau tiga bulan sekali dan sekaligus dilakukan pembinaan administrasi serta penyampaian informasi-informasi baru. Saat ini insentif untuk kader belum ada. Kegiatan puskesmas yang terkait dengan POD secara rutin tidak ada, tapi ada pertemuan untuk semua bidang kesehatan seperti mantri praktek, bidan yang bukan bidan puskesmas termasuk dengan kader POD.

Secara umum penyuluhan kepada masyarakat secara khusus tentang POD juga belum ada, tetapi biasanya POD dipromosikan dan diinformasikan kepada masyarakat dalam acara-acara di desa.

Pelaksanaan Kepmenkes 983/2004 mengenai WOD

Saat penelitian dilakukan yaitu pada waktu sekitar 2 tahun setelah diterbitkannya Kepmenkes 983/2004, pelaksanaan komponen-komponen WOD secara utuh seperti yang tercantum dalam Kepmenkes 983/SK/Menkes/VIII/2004 mengenai Pedoman Penyelenggaraan Warung Obat Desa tidak ditemukan di lokasi penelitian. Di kabupaten Karanganyar dan Subang belum ada yang menerapkan konsep WOD tahun 2004 tersebut, yang masih ditemukan adalah pelaksanaan POD yang mengacu pada program pemerintah sebelumnya (tahun 1991).

Penyebab belum terlaksananya program WOD tersebut antara lain:

1. Masih kurang tersosialisasinya ketentuan tersebut sebagai payung hukum untuk program WOD sekaligus sebagai payung hukum bagi pengembangan POD yang sebelumnya tidak mempunyai kejelasan dari segi legalitas hukum perundangan.
2. Kerumitan prosedur operasional konsep WOD tahun 2004 yang menyertakan KLTA dari bank, keterlibatan kantor pos dan PBF dalam jalur pengadaan obat yang lebih menyulitkan penyelenggara WOD dibandingkan dengan jalur pengadaan konsep POD.
3. Kriteria kader penyelenggara WOD yang bukan tenaga kesehatan (bisa berasal dari lulusan SD yang sudah dilatih) ternyata menimbulkan banyak pertentangan pendapat di kalangan tenaga kesehatan sendiri.

Salah satu tujuan pengembangan POD menjadi WOD adalah untuk meningkatkan pendapatan masyarakat, tetapi di sisi lain WOD lebih berorientasi profit dan kurang menyentuh sisi UKBM yang seharusnya lebih memberdayakan masyarakat. Jika dikembangkan menjadi UKBM maka seharusnya dana berasal dari masyarakat seperti dana sehat yang berjalan di Kabupaten Karanganyar. Jika mengutamakan peningkatan pendapatan, seperti POD yang masih berjalan di Subang lebih mendekati pencapaian karena dana berasal dari pribadi kader yang tidak melibatkan masyarakat, sehingga kader dapat menarik keuntungan dari obat yang dijualnya.

Alternatif Pengembangan POD dan Poskesdes

Pada dasarnya perlu tidaknya WOD/POD sangat tergantung pada kondisi daerah masing-masing.

Jika memang diperlukan maka Dinas Kesehatan dan aparat setempat dapat mengembangkan POD/ WOD sebagai jawaban atas kebutuhan masyarakat akan obat. Salah satu alasan penting adalah lokasi terpencil yang jauh dari sarana pelayanan kesehatan sehingga masyarakat setempat sangat membutuhkan obat untuk memenuhi kebutuhan kesehatan darurat dan sementara. Seiring dengan perkembangan desa lokasi POD, maka bisa saja suatu saat POD tidak diperlukan lagi tetapi sebagai alternatifnya POD dapat dikembangkan menjadi toko obat atau apotek seperti program yang dijalankan di Subang sehingga fungsi POD untuk mengatasi masalah kesehatan masyarakat tetap berjalan dalam bentuk lain.

Model WOD yang tepat untuk desa siaga adalah saling melengkapi dengan Poskesdes atau WOD menjadi penyedia obat tambahan bagi Poskesdes.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. POD yang masih berjalan di Kabupaten Karanganyar adalah sarana tempat pemberian obat secara gratis, dikelola oleh seorang kader tanpa imbalan dengan sumber dana berasal dari dana sehat. Di kabupaten Subang POD sudah banyak yang mati, ada juga yang berkembang menjadi apotek atau toko obat dan sebagian lain tetap bertahan karena berubah menjadi balai pengobatan atau mengembangkan usaha POD bersama warung biasa. Di kabupaten Subang modal POD berasal dari pribadi kader dan mendapat keuntungan dari penjualan obat. POD yang masih berjalan di kabupaten Karanganyar lebih sederhana baik dari segi fisik maupun ketersediaan obat dibandingkan POD di kabupaten Subang.
2. Belum ada pelaksanaan secara utuh dari Kepmenkes 983/2004 mengenai WOD di lokasi penelitian, seluruh POD yang ada masih mengikuti konsep POD lama.
3. Faktor pendukung yang penting di Karanganyar yaitu adanya dana sehat, kader yang mau bekerja sukarela serta dukungan berbagai pihak seperti bidan, puskesmas dan masyarakat sedangkan faktor pendukung yang penting di Subang yaitu harga obat di POD lebih murah dan kader yang terlatih. Di Karanganyar hanya sedikit faktor yang menghambat terutama masalah keterbatasan jenis dan jumlah obat sedangkan di Subang ada lebih banyak faktor penghambat seperti masalah

legalitas POD, UU Praktik Kedokteran, pelanggaran oleh kader POD, kesalahan pengelolaan POD dan keterbatasan dana. Faktor pendukung yang umum yaitu lokasi yang jauh dari sarana pelayanan kesehatan dan memerlukan biaya transport yang lebih besar serta kader yang dipercaya masyarakat sedangkan faktor penghambatnya adalah keberadaan warung-warung atau penjual obat di lokasi sekitar POD.

Saran

1. Menggabungkan kegiatan WOD dengan Poskesdes dalam bentuk WOD menjadi penyedia obat bagi Poskesdes atau kader WOD menjadi pengelola obat di Poskesdes dan sebagian obat tetap disediakan di rumah kader kesehatan untuk masyarakat yang jauh dari Poskesdes/Pustu/Polindes.
2. Dana WOD berasal dari masyarakat sehingga benar-benar menjadi UKBM murni.
3. Melatih pemilik warung yang menjual obat di desa menjadi kader WOD.
4. Mengembangkan WOD menjadi toko obat atau apotek jika memungkinkan.

DAFTAR PUSTAKA

- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2004. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 983/Menkes/SK/VIII/2004 tentang Pedoman Penyelenggaraan Warung Obat Desa*, Depkes, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2004. *Sistem Kesehatan Nasional*, Depkes, Jakarta.
- Pusat Penelitian dan Pengembangan Farmasi. 1995. *Laporan Studi Evaluasi Pelaksanaan Program Pos Obat Desa di Nusa Tenggara Barat, Sulawesi Tenggara dan Lampung*, Puslitbang Farmasi, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2005. *Profil Kesehatan Indonesia 2003*, Depkes, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2003. *Profil Kesehatan Indonesia 2002*, Depkes, Jakarta.
- Indonesia. Departemen Kesehatan. 2000. *Profil Kesehatan Indonesia 1999*, Depkes, Jakarta.